Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 8 — 25 Janvier 1896. — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

NEURASTHÉNIE ET ARTÉRIO-SCLÉROSE, par le Dr E. Régis 45

ANALYSES

Médecine expérimentale : De la présence des corps antitoxiques dans le sang des nouveau-nés, par M. B. Fischl. 48

Obstétrique et Gynécologie : Evolution de la grossesse et de l'accouchement dans les cas où l'utérus a été fixé en avant, soit à la paroi abdominale soit à la vessie, soit au vagin, par M. Strassmann. — Statistique des malformations pelviennes, par M. Austin Flint. — Influence de la ventrofixation de l'utérus sur la grossesse et l'accouchement, par M. J. Milander 48

Neurologie et Psychiatrie : Polynévrites hydrargyriques aiguës, par M. Spillmann. 48

Dermatologie et Syphiligraphie : Eléphantiasis congénital, par M. Moncorvo 48

Maladies des voies urinaires : Résection des canaux déférents pour hypertrophie de la prostate, par le prof. Helferich 48

Le tout à l'égout et la gelée, par M. P. Langlois. . XXXIV
Les étudiants étrangers XXXV

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : De la grossesse extra-utérine, M. Routier. MM. Schwartz, Ségond. — Appendicite familiale, M. Brun XXXV

Société médicale des hôpitaux : Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote, M. Burlureaux. MM. Faisans, Ferrand, Lereboullet. — Etude sur la pituite hémorrhagique des hystériques, MM. Mathieu et Milian. — Sur un cas d'infection pneumococcique à manifestations articulaires et méningées, MM. Fernet et Lorrain. M. Widal. XXXVI

Société anatomique : Varices œsophagiennes, M. Khan. — Anévrysmes multiples de la crosse aortique et de l'aorte thoracique, M. Khan. — Hydronéphrose, MM. Desfosse et Tuffier. — Lithiase biliaire, M. Durante. — Méthode de Renaut (de Lyon) pour l'étude de la rétine, M. Durante. — Cerveaux d'idiots, M. Bourneville XXXVII

Société de thérapeutique : Action diurétique de la théobromine, M. Bardet. M. Huchard. — Des associations médicamenteuses dans la médication antithermique, M. Vogt. MM. Ferrand et Pouchet. — Traitement de la cirrhose hypertrophique par l'emploi de l'hépatothéraphie, par M. Vidal XXXVII

Société médico-chirurgicale : Trépanation du rocher pour plaies par balles de revolver, M. F. Verchère. . XXXVII

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie : Traitement de la trichophytie unguéale, M. Sabouraud. — Impaludisme cutané, M. Brocq. MM. Hallopeau, Barthélemy, Besnier. — Epididymite syphilitique, M. Darier. MM. Besnier, Barthélemy, Julien, Le Pileur, Feulard, Fournier, de Beurmann. — Ulcères annamites, MM. Gaucher et Touvenaint. MM. Fournier, du Castel, Tenneson, Feulard, Barthélemy, Leredde, Barbe, Besnier. — Dermatite exfoliatrice mercurielle, M. Fournier. MM. de Beurmann, Brocq, Besnier, Barthélemy. — Psoriasis et arthropathies, M. Danlos. MM. Gastou et Keim, Jacquet. — Sur une érythrodermie exfoliante, M. Danlos. — Etude histologique de cette érythrodermie, M. Leredde. — Nouvelle note sur une forme non décrite de tuberculose cutanée suppurative et pemphygoïde, M. Hallopeau. — Gomme du sein, M. Emery. M. Barthélemy. — Sur un nouveau cas de lichen plan atrophique, M. Hallopeau. — Forme typique d'hydroa vésiculeux de Bazin, M. Danlos. M. Fournier. — Albuminurie. Rétrécissement mitral. Phlébites. Ecthyma. Gangrène symétrique des orteils. Accidents syphiloïdes, MM. Gastou et Keim. M. Jacquet XXXVIII

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle : La prophylaxie sanitaire de Paris, M. A.-J. Martin XXXIX

Société française d'électrothérapie : Moyens pratiques de mesurer la tension et l'intensité des courants fournis par les machines électro-statiques, M. d'Arsonval. — Analogies hydrauliques de la charge des condensateurs en batterie et en cascade, M. d'Arsonval. MM. Lacaille, Apostoli, Tripier, Labbé, Grand. . . XL

Sociétés étrangères : Russie XL

LE TOUT A L'ÉGOUT & LA GELÉE

Il y a cinq mois, quand l'administration menaçait les Parisiens de les rationner d'eau de source, nous signalions les inconvénients que présentait l'extension trop rapide du système du *tout* à l'égout, extension qui n'était pas en rapport avec l'augmentation de l'approvisionnement en eau de source.

Le tout à l'égout est en effet un grand consommateur d'eau, il ne peut fonctionner qu'en dépensant d'une façon *continue* une *grande quantité d'eau*. Continuité et quantité dans la distribution de l'eau sont précisément des facteurs qui compliquent singulièrement l'application de ce système. En été, nous avons vu que, par suite de l'organisation même des réservoirs d'eau de rivière et d'eau de source, on ne peut assurer le service des étages supérieurs que par l'eau de source, les réservoirs d'eau de Seine n'étant pas à une altitude suffisante. Par suite la consommation d'eau potable est, de ce fait, singulièrement et inutilement augmentée.

En hiver, les réservoirs qui recueillent les eaux de la Vanne, de la Dhuis, de l'Avre, sont suffisamment approvisionnés pour subvenir aux besoins de la population, elle-même plus économe du précieux liquide que pendant les mois d'été; mais une autre difficulté se présente : la distribution menace d'être intermittente quand le froid trop intense et surtout prolongé amène la congélation dans les colonnes montantes.

On sait que le tout à l'égout a pour base et pour principe l'évacuation immédiate des matières usées hors de l'habitation. Un conduit mène directement les eaux de ménage et les déchets excrémentiels de la cuisine ou du water-closet à l'égout. Pour réaliser ce but, il faut d'une part mettre ces locaux en communication directe avec l'égout, et d'autre part établir un système d'interception hermétique entre le milieu habité et la grande canalisation évacuatrice. Or il n'existe qu'un seul système parfait d'interception : l'occlusion hydraulique au moyen d'appareils appelés *siphons* ou *coupe-air*. Les systèmes à valves, à clapets, sont tous insuffisants et doivent être rejetés.

Ces appareils siphoïdes exigent pour assurer la fermeture complète et une propreté continuelle une certaine quantité d'eau. On estime généralement à 10 litres d'eau, chiffre minimum, la quantité nécessaire pour assurer le bon fonctionnement des appareils, c'est-à-dire l'enlèvement total des matières reçues dans la cuvette et la fermeture hydraulique par une eau propre. Par suite même de la disposition du siphon en S couché ou demi-couché, les matières, si elles ne sont pas immédiatement balayées par un courant d'eau énergique, stagnent dans la branche primaire du siphon et en outre, par suite de l'évaporation ou de l'aspiration, la couche de liquide obturatrice disparaît et la communication directe s'établit entre l'égout et la maison. Sans attacher à la *Sewer gaz theorie* l'importance que nos voisins d'Outre-Manche lui accordent, il faut reconnaître que, l'arrivée, dans nos habitations, des émanations des égouts chargés des matières de vidange peut présenter des inconvénients.

Or, en hiver, quand la température se maintient longtemps au-dessous de zéro, il y a lieu de craindre que les colonnes montantes ne gèlent, et par suite que l'occlusion hydraulique soit impossible dans les maisons installées avec le tout à l'égout. Pour éviter les accidents dus à la congélation, les concierges ont l'habitude de fermer, pendant la nuit tout au moins, quelquefois même pendant une certaine partie de la journée, les robinets d'adduction et de vider les colonnes montantes.

Mais par suite même de cette précaution, tous les appareils de chasse ne peuvent plus fonctionner et les cuvettes des cabinets d'aisance, on ne peut plus dire des water-closets, ne peuvent plus être nettoyées.

M. Masson, l'éminent ingénieur du service des eaux de la ville de Paris, partisan bien entendu du tout à l'égout, s'est ému des objections que l'on a soulevées à ce propos, et dans un excellent article

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

DEPUIS QUATRE SIÈCLES : POUGUES
est le souverain remède des Affections de l'Estomac.

DRAGÉES FERRUGINEUSES DE F. GILLE
Contre la Chlorose, l'Anémie, le Lymphatisme, etc.

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

VICHY-CÉLESTINS

VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

Phospho-Glyco- *Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET

RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel.

SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY

HAMAMELIDINE LOGEAIS

du *Génie sanitaire*, il a indiqué les moyens palliatifs que l'on pouvait conseiller contre cet inconvénient.

Le procédé le plus sûr est certainement de placer au pied de la colonne montante de chaque maison un bec de gaz, qui, allumé pendant les grands froids, maintiendrait l'eau de la colonne à une température de 4 à 5 degrés au-dessus de zéro. Nous avons vu, à l'Exposition internationale d'hygiène de 1895, un dispositif construit dans ce but et qui peut être fort utile.

Le pied de la colonne montante est constitué par une sphère de cuivre que l'on peut chauffer sans inconvénient et sans grande dépense. En effet l'eau dans les réservoirs et dans la grande canalisation descend très rarement au-dessous de + 10 degrés, et il suffit d'une faible dépense de calorique pour empêcher la congélation dans les petites canalisations, en ayant le soin de laisser au sommet de la colonne montante un robinet largement ouvert, pour permettre une circulation excessivement faible, mais continue, dans les conduites.

Quand cette précaution est prise, que l'on maintient le service d'eau, une autre modification s'impose, plus difficile peut-être à obtenir, car elle est opposée aux habitudes acquises. Dans l'ancien système des fosses fixes, sans interception hydraulique, l'odeur émanée des fosses était telle qu'on laissait la fenêtre des cabinets ouverte toute la nuit. Or avec le système actuel, le siphon formant occlusion complète, non seulement il est inutile de maintenir cette communication avec l'extérieur, mais encore il est dangereux en hiver au moins de la pratiquer. Aussi doit-on conseiller de fermer la fenêtre et par contre de maintenir ouverte pendant la nuit la porte ouverte sur le corridor intérieur, chauffé de l'appartement. La chaleur, même faible de celui-ci, pénétrant dans le cabinet permettra de maintenir au-dessus du point de congélation l'eau des appareils de chasse et du siphon.

Quant aux latrines publiques ou desservant une communauté, casernes, collèges, etc., le mieux serait évidemment de songer à les protéger contre le froid, en préservant le matériel; on éviterait également des refroidissements dangereux aux occupants temporaires. On peut, en outre, laisser fonctionner automatiquement les réservoirs de chasse, pour assurer un débit suffisant d'une eau au-dessus de zéro et même utiliser un brûleur à gaz.

Ces dispositions si simples, et qui paraîtront bien banales aux lecteurs, sont sans doute encore trop compliquées, puisque, à l'École de médecine de Paris, à 20 mètres d'un musée d'hygiène admirablement bien outillé, on a installé des water-closets avec appareils de chasse qui ont toujours cessé de fonctionner, quand la température tombe pendant deux ou trois jours au-dessous de 2. Peut-être l'architecte renouvelant la leçon de choses si bien organisée à l'Exposition de 1889 (la maison salubre et la maison insalubre) a-t-il voulu montrer aux nombreux élèves de l'École pratique, à côté des appareils qui fonctionnent *théoriquement* au musée d'hygiène, l'application pratique, mais mal conduite des mêmes appareils !

Le système du tout à l'égout entraîne nécessairement avec lui, l'application des procédés d'épandage. Or, parmi les nombreuses objections faites à ce système, il en est une que nous devons signaler dans cet article. L'irrigation ne peut se faire en hiver. Pendant les grands froids, quand la terre est gelée, l'eau d'épandage resterait sur le sol, sans pencher dans les interstices et par suite sans subir les phénomènes d'oxydation qui doivent la purifier. Cet argument a, contre lui, l'expérience acquise. Dans une note publiée dans la *Revue d'hygiène* et que nous avons analysée dans ce journal, M. Launay montre que pendant le dur hiver de 1895, alors que la température moyenne est restée pendant plus de quinze jours inférieure à — 4°, avec des minima de — 17°, les irrigations n'ont pas cessé dans la presqu'île de Gennevilliers. L'eau des égouts arrive toujours en effet avec une température supérieure de 3 degrés au moins du point de congélation et elle préserve, au contraire, les terres irriguées de la gelée ; les cultivateurs réclament même les irrigations pour faciliter l'arrachement des légumes pendant les jours de gelée prolongée.

En somme, le système du tout à l'égout, on le voit, est susceptible, d'être appliqué dans les climats froids, pourvu que l'on prenne quelques précautions, d'ailleurs très simples.

P. Langlois,
Chef du laboratoire de Physiologie à la Faculté.

LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

Les étudiants en médecine, membres de l'Association générale des étudiants de Paris, réunis pour discuter les mesures à prendre à l'égard des étudiants étrangers, se sont arrêtés aux dispositions suivantes :

1° Les étudiants étrangers, avant de prendre leur première inscription, devront présenter un certificat d'études supérieures obtenu après examen devant un jury composé de professeurs d'une Faculté française.

2° Au moment de s'inscrire à la préfecture du département où ils ont l'intention d'exercer, les docteurs en médecine devront déposer :

a) Les pièces établissant leur qualité de Français ;

b) Le diplôme français de docteur en médecine ;

c) Tous les diplômes exigés des étudiants français au moment de la prise de leur première inscription.

Aucune exception aux dispositions précédentes ne sera admise.

Sur la question de l'entrée des étrangers dans les Facultés françaises, nous avons pensé que l'équivalence accordée dans les conditions actuelles était une garantie insuffisante d'études supérieures et que, d'autre part, il serait exagéré d'exiger des étrangers les diplômes demandés aux étudiants français.

Sur la question de l'exercice de la médecine, nous estimons juste de soumettre les étrangers aux mêmes exigences que les docteurs français. Ils devront, au moment de s'établir, avoir obtenu la naturalisation qu'il est impossible de leur imposer au moment où ils commencent leurs études, étant données les conditions exigées par la loi du 26 juin 1889 sur la naturalisation (la naturalisation peut être accordée : 1° après trois ans de domicile autorisé ;..... 4° aux étrangers qui justifient qu'ils résident en France depuis dix années sans interruption).

Nous avons réservé la question des concours qui relève uniquement de l'Assistance publique de Paris, des municipalités ou d'administrations diverses.

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Ont obtenu :

Séance du 23 janvier.

M.	Tot.	M.	Tot.
Jeanselme.	28—83	Klippel.	27—86

Séance du 24 janvier.

M.	Tot.	M.	Tot.
Gallois.	27—81 1/2	Bruhl.	29—83

MM. Le Noir et Florand ayant abandonné le concours, il se termine par les nominations de MM. Klippel, Toupet et Barbier.

Conférence privée d'externat. — Une conférence privée d'externat, prête à fonctionner à partir du 1er février, accepterait encore quelques élèves. Le prix est fixé à 40 francs par mois, pour deux séances par semaine.

Les candidats trouveront tous les renseignements utiles au bureau du journal.

Conférence d'Internat. — MM. Josué, Beaussenat et Martinet commenceront une conférence d'internat le samedi 8 février à 2 heures à l'hôpital Laënnec (Amphithéâtre). — 1re conférence : cœur.

NOUVELLES

Société médico-chirurgicale. — Séance du lundi 27 janvier 1896 : M. Tripet. Rapport sur la candidature au titre de membre titulaire de M. Fernand Lagrange (de Vichy). — M. Longrois (de Joigny) : Deux trachéotomies à six semaines d'intervalle chez une fillette de neuf ans. Persistance de la canule depuis trois ans. Thyrotomie. Présentation du sujet. — M. Gillet : Traitement de la syphilis de l'enfant par l'emplâtre au calomel de Quinquaud.

Le banquet annuel de la Société aura lieu le lundi 3 février, chez Marguery ; prière d'envoyer le plus tôt possible son adhésion au Dr Philbert, 34, boulevard Beaumarchais.

Règlement de police sanitaire maritime. — Le *Journal officiel* vient de publier ce règlement qui, tel qu'il se présente, dit le rapport, réalise sur le précédent un progrès considérable : il diminue grandement les charges de la navigation ; il augmente les garanties qu'exige la protection de la santé publique ; il supprime les quarantaines pour les remplacer par des informations sanitaires précises, par des mesures prophylactiques prises, autant que possible, soit au départ, soit à bord du navire, sous le contrôle d'un médecin spécialement agréé à cet effet, par une surveillance médicale appliquée, en cas de nécessité, aux passagers, après leur mise en libre pratique, pendant une période de quelques jours correspondant à la durée d'incubation de la maladie ; il accorde des facilités et des avantages particuliers, tels qu'une notable réduction de taxes, aux navires qui, secondant les vues du service sanitaire, auront à bord un médecin sanitaire et une étuve à désinfection, et pourront certifier à leur arrivée que toutes les mesures de désinfection et d'assainissement prescrites, ont été rigoureusement effectuées durant la traversée.

Ce décret détermine le mode de recrutement, les attributions et les devoirs des *médecins sanitaires maritimes*.

1. Tout bâtiment à vapeur français, affecté au service postal ou au transport d'au moins cent voyageurs, qui fait un trajet dont la durée, escales comprises, dépasse quarante-huit heures, est tenu d'avoir à bord un médecin sanitaire qui doit être Français et pourvu du diplôme de docteur en médecine : il prend le titre de médecin sanitaire maritime.

2. Ces médecins sont choisis sur un tableau dressé par le ministre de l'intérieur, après examen passé devant un jury qui est désigné par le ministre, sur l'avis du Comité de direction des services de l'hygiène.

L'examen porte sur l'épidémiologie, la prophylaxie et la réglementation sanitaires et leurs applications pratiques. Les conditions et les époques de l'examen sont arrêtées par le ministre de l'intérieur, sur la proposition du Comité de direction des services de l'hygiène.

Il est délivré aux candidats agréés par le ministre un certificat d'aptitude aux fonctions de médecin sanitaire maritime.

3. Au cas où le nombre des médecins sanitaires maritimes portés sur la liste serait insuffisant, le ministre de l'intérieur pourvoit, sur la proposition du Comité de direction des services de l'hygiène, aux nécessités du service médical

4. Un délai de trois mois est accordé, à partir de la date du présent décret, pour permettre aux médecins d'obtenir le certificat d'aptitude et aux Compagnies de navigation et armateurs d'assurer l'embarquement de ces médecins.

Les médecins sanitaires, antérieurement commissionnés auprès des compagnies maritimes, peuvent être inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes, sur leur demande transmise, avec avis motivé, par les directeurs de la santé, de leurs ports d'attache et sur la proposition du Comité de direction des services de l'hygiène.

5. Le médecin sanitaire maritime a pour devoir d'user de tous les moyens que la science et l'expérience mettent à sa disposition : *a*) Pour préserver le navire des maladies pestilentielles exotiques (choléra, fièvre jaune, peste) et des autres maladies contagieuses graves ; *b*) pour empêcher ces maladies, lorsqu'elles viennent à faire apparition à bord, de se propager parmi le personnel confié à ses soins et dans les populations des divers ports touchés par les navires.

6. Le médecin sanitaire maritime s'oppose à l'introduction sur le navire des personnes ou des objets susceptibles de provoquer à bord une maladie contagieuse.

7. Le médecin sanitaire maritime fait observer à bord les règles de l'hygiène. Il veille à la santé du personnel, passagers et équipage, et leur donne ses soins en cas de maladie.

8. Le médecin sanitaire maritime se concerte avec le capitaine pour les trois articles qui précèdent.

En cas d'invasion à bord d'une maladie pestilentielle ou suspecte, il prévient immédiatement le capitaine et assure, d'accord avec lui, les mesures de préservation nécessaires.

9. Le médecin sanitaire maritime inscrit jour par jour, sur un registre, toutes les circonstances de nature à intéresser la santé du bord.

Il mentionne les dates d'invasion, de guérison ou de terminaison par la mort, de tous les cas de maladies contagieuses, avec indication des détails essentiels que comporte la nature de chaque cas.

A chaque escale ou relâche, il consigne sur son registre la date de l'arrivée et celle du départ, ainsi que les renseignements qu'il a pu recueillir sur l'état de la santé publique dans le port et ses environs.

Il inscrit sur le même registre les mesures prises pour l'isolement des malades, la désinfection des déjections, la destruction ou la purification des hardes, du linge et des objets de literie, la désinfection des logements ; il indique la nature, les doses, le mode d'emploi des substances désinfectantes et la date de chaque opération.

10. Le médecin sanitaire maritime est tenu, à l'arrivée dans un port français, de communiquer son registre à l'autorité sanitaire, qui ne statue qu'après en avoir pris connaissance.

Il répond à l'interrogatoire de celle-ci et lui fournit de vive voix, ou par écrit, si elle l'exige, tous les renseignements qu'elle demande.

11. Les déclarations du médecin sanitaire maritime sont faites sous la foi du serment.

Le délit de fausse déclaration est poursuivi conformément aux lois.

12. Le médecin sanitaire maritime fait parvenir au moins chaque année au ministre de l'intérieur un rapport relatant les observations de toute nature qu'il a pu recueillir au cours de ses voyages sur les questions intéressant le service sanitaire, l'étiologie et la prophylaxie des épidémies.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

21 janvier 1896.

De la grossesse extrautérine. — **M. Routier.** Le très intéressant rapport de M. Picqué vient de remettre à l'ordre du jour la question de la conduite chirurgicale à tenir dans les cas de grossesse extrautérine. Cette conduite chirurgicale varie suivant l'époque de la grossesse. A cinq ou six mois, le diagnostic peut être fait en tenant compte d'un certain nombre de symptômes. Dans 4 cas de ce genre, j'ai pu faire le diagnostic et établir en con-

séquence le seul traitement rationnel; la laparotomie. Dans mon premier cas, il s'agissait d'une grossesse extrautérine de cinq mois; un malade a guéri. Dans un deuxième cas, j'ai temporisé; des accidents sont survenus par suite de la rupture de la poche, dans la fosse iliaque, occasionnant ainsi la formation d'une hématocèle non rétro-utérine mais latérale. J'intervins et ma malade guérit également. Chez une troisième malade, je fis d'abord un curettage pour une endométrite hémorrhagique; les pertes cessèrent, mais les règles reparurent. La malade se croyait néanmoins enceinte et revint me trouver. Je constatai l'existence d'une tumeur latérale à l'utérus que je diagnostiquai grossesse extrautérine. La laparotomie me donna encore un succès. Enfin, dans mon quatrième cas, il s'agissait d'une grossesse extrautérine de trois mois que j'opérai également par la laparotomie et que je guéris.

A côté de ces cas de grossesse extrautérine, je range les hématocèles rétro-utérines proprement dites avec ou sans fœtus. Je ne parle pas ici des hématocèles ayant suppuré, bien que je pense qu'un certain nombre de gros abcès pelviens reconnaissent cette origine. Je m'en tiens aux véritables hématocèles et pour elles j'ai volontiers recours à l'incision. Sur 126 cas d'incision rétro-utérine, que j'avais pratiquées lors du dernier Congrès de chirurgie, 24 fois il s'agissait d'hématocèle. Sur ces 24 hématocèles, 3 fois existaient des fœtus mesurant 10, 12 et 15 centimètres.

Dans le premier de ces cas, on avait porté le diagnostic d'appendicite. Appelé auprès de la malade, je pensai à une hématocèle extrautérine et proposai une incision vaginale qui fut refusée. Quelque temps après survinrent des accidents péritonéaux; appelé de nouveau, je maintins mon premier diagnostic et proposai une seconde fois l'incision vaginale qui fut acceptée. Au moment d'opérer je remarquai l'état violacé de la vulve et je pensai alors qu'il pourrait s'agir d'une véritable grossesse extrautérine. L'incision de la poche donna issue à de nombreux caillots, et je pus extraire un fœtus de 10 centimètres. La poche kystique fut bourrée de gaze. Les suites opératoires furent simples et la guérison se fit.

Dans ma deuxième observation, il s'agissait d'une volumineuse tumeur rétro-utérine que je diagnostiquai hématocèle rétro-utérine. Je l'incisai; de gros caillots noirs sortirent de la poche. A un moment, je crus sentir au fond de la cavité kystique un fœtus qui m'échappa d'ailleurs aussitôt, mais, ne le retrouvant pas, je crus m'être trompé et je mis deux gros drains suivant mon habitude. Quelques jours plus tard, la température monta et je procédai à un second nettoyage de la poche. Enfin, au cours d'un pansement, mon interne retira trois semaines plus tard un fœtus de 15 centimètres. La guérison se fit dès lors sans encombre.

Ma conduite actuelle n'est pas celle que j'ai toujours suivie et autrefois je pratiquais la laparotomie. Je pense maintenant que la voie vaginale est plus sûre et moins grave. M. Reynier a reproché à l'incision vaginale de ne pas permettre une intervention complète et il cite à l'appui une de ses observations se rapportant à une malade qui a gardé une tumeur annexielle. On peut lui répondre qu'il aurait pu ouvrir la tumeur kystique qu'il sentait et j'insiste en effet sur ce point qu'il ne faut pas laisser et abandonner à elles-mêmes les poches accessoires.

Sur 24 incisions vaginales pratiquées pour hématocèle rétro-utérine, je n'ai pas eu une seule mort. Une seule fois j'ai eu quelques craintes. Il s'agissait d'une femme de trente-deux ans, chez laquelle j'avais reconnu l'existence d'une grossesse extrautérine. L'incision vaginale donna issue à 1 litre de caillots noirs et anciens. Je sentis au-dessus d'elle une autre tumeur ronde, kystique, que j'ouvris : il en sortit encore du sang. Au lieu de m'en tenir là, je voulus agrandir aux ciseaux l'incision du kyste. Tout aussitôt se déclara une hémorrhagie abondante artérielle que je ne pus arrêter qu'à grand'peine par le bourrage de la cavité, après compression de l'aorte.

Tout récemment, j'ai ouvert une hématocèle par la voie vaginale. Dans le fond de la poche je trouvai les annexes. Je les pinçai dans un clamp et pus les enlever. Ma malade va très bien.

Je me résumerai en énonçant les propositions suivantes :

Le diagnostic de la grossesse extrautérine est possible si l'on tient compte des modifications qu'ont pu subir les règles dans les quatre ou cinq derniers mois, de l'abondance des pertes, de l'expulsion d'une caduque et de la situation latérale de la tumeur.

Relativement au traitement, je dirai que, pour la grossesse extrautérine nettement reconnue, le traitement doit être la laparotomie, comme je l'ai pratiquée pour les 4 observations que j'ai relatées. Pour l'hématocèle rétro-utérine je pense que l'incision vaginale constitue l'intervention la plus simple et la plus bénigne.

M. Schwartz. Les réflexions que je désire vous soumettre relativement au traitement de la grossesse extrautérine viennent se superposer à celles de M. Routier.

A une période avancée, la grossesse extrautérine doit être traitée par la laparotomie. Quand, vers le cinquième ou sixième mois, la grossesse tubaire se complique de rupture et d'hémorrhagie intrapéritonéale, le diagnostic est certes difficile, mais il n'est pas impossible et, parmi les signes qui doivent particulièrement attirer l'attention, j'insiste sur les métrorrhagies.

Dans trois ou quatre cas, j'ai pu faire le diagnostic, j'ai opéré, et mes malades ont guéri.

Si la grossesse n'est pas rompue, on pourra la prendre pour une salpingite, et la laparotomie s'impose encore.

A côté de ces faits, il en est une autre catégorie fort importante ; c'est celle des hématocèles proprement dites, consécutives à la rupture d'une grossesse tubaire vraie, ou d'un hématosalpinx ou grossesse sans fœtus. Il y a hémorrhagie et l'hématocèle ainsi constituée, peut être, par rapport à l'utérus, antérieure, latérale ou postérieure.

Dans les deux premiers cas, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours.

S'il s'agit d'hématocèle rétro-utérine, bombant dans le cul-de-sac postérieur, deux cas peuvent se présenter : 1°) l'hématocèle n'est pas définitivement constituée et la tumeur subit des poussées successives dues à de nouvelles hémorrhagies dans la poche; 2°) l'hématocèle est définitivement constituée et se trouve parfaitement circonscrite, Dans le premier cas, lorsque l'épanchement sanguin est en voie de formation, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours. Dans le second, l'incision vaginale est le traitement de choix. J'ai eu recours depuis six ans, quinze fois à cette dernière, et j'en suis très satisfait; comme mes collègues, je crois qu'il ne faut pas insister sur un nettoyage complet.

En résumé, je formulerai les conclusions suivantes :

1°) Hématocèle rétro-utérine bien circonscrite et arrêtée dans sa marche : incision vaginale.

2°) Hématocèle proéminante dans l'abdomen (latérale, antérieure) : laparotomie.

3°) Hématocèle en voie d'évolution : laparotomie.

M. Segond. Le rapport de M. Picqué soulève plusieurs points de pratique qui méritent discussion et à propos desquels je désire formuler quelques réserves, quitte à mon tour à indiquer comment je comprends le traitement de la grossesse extrautérine.

Tout d'abord je rappellerai que, contrairement à ce qu'a dit M. Picqué, c'est bien à Gallard que revient le mérite d'avoir établi le rapport qui existe entre la grossesse extrautérine et la puerpéralité. Ce détail relevé, je ferai remarquer d'abord que la distinction établie par M. Picqué entre la grossesse extrautérine vraie et l'hématosalpinx est excellente au point de vue nosologique pur, mais a peu d'importance en pratique. Comme l'ont fait remarquer MM. Reynier et Lucas-Championnière, le diagnostic est extrêmement difficile et les plus malins s'y trompent. En fait, on *soupçonne* seulement parfois la grossesse extrautérine; on ne l'affirme pas. Ce n'est donc pas sur le diagnostic qu'il faut baser le traitement.

M. Picqué pense que l'hystérectomie n'est jamais indiquée, excepté lorsqu'il s'agit d'une grossesse tubo-interstitielle. Je ferai remarquer que ce diagnostic me semble cliniquement impossible.

En matière de traitement, toute affirmation absolue est mauvaise, car il faut toujours tenir compte de nombre de circonstances secondaires, et en particulier de nos tendances personnelles. Néanmoins je vais essayer de donner un cadre général, dans lequel, selon moi, doivent entrer les diverses observations de grossesse extrautérine que nous pouvons recueillir.

Deux groupes sont d'abord à établir; les grossesses extrautérines avant le cinquième mois et les grossesses après le cinquième mois. Il est impossible de les étudier ensemble.

Avant le cinquième mois, je répète qu'il est difficile de faire un diagnostic précis quant à la présence ou à l'absence de fœtus. Ensuite il faut distinguer les cas, suivant que la grossesse évolue normalement ou non. Dans le premier cas, c'est à la laparotomie qu'on aura recours. Dans le second, le traitement varie. Si la grossesse se complique d'hémorrhagie intrapéritonéale grave, il est évident que seule la laparotomie est indiquée. S'il s'agit au contraire de l'hématocèle type rétro-utérine, de l'hématocèle de Nélaton, l'incision du cul-de-sac postérieur, largement pratiquée, suffit, qu'il y ait oui ou non un fœtus. Si même l'hématocèle est le siège d'hémorrhagies nouvelles, je crois encore que c'est à l'incision du cul-de-sac qu'il faut avoir recours, ainsi que je l'ai fait avec succès dans un cas récent.

Les grossesses extra-utérines jeunes peuvent se compliquer de suppuration, d'inflammation circumvoisine et alors pour tous ceux qui, comme moi, sont convaincus de la nécessité de l'hystérectomie vaginale, c'est à l'hystérectomie que l'on devra s'adresser.

Restent les grossesses extrautérines de plus de cinq mois. Le diagnostic est toujours difficile, mais il est cependant plus faisable. Relativement au traitement, la laparotomie seule est à faire. Si l'on voulait classifier les cas, on établirait les variétés suivantes : *a*) le fœtus est vivant et la grossesse à terme ; on laparotomise, on extrait l'enfant et on marsupialise. Si la grossesse est près du terme, faut-il attendre? Cela dépend des cas et il est impossible d'établir à ce sujet de règle générale ; *b*) le fœtus est mort. Pas d'hésitation possible ; il serait illusoire d'attendre la transformation en lithopédion ; *c*) la poche s'est rompue et le fœtus vivant est libre dans la cavité abdominale. La laparotomie doit être aussitôt faite.

Enfin, comme avant le cinquième mois, la grossesse extrautérine peut se compliquer d'accidents péritonéaux et la laparotomie est encore à conseiller.

Appendicite familiale. — M. Brun. Je vous présente un appendice iléo-cæcal dont j'ai pratiqué l'ablation dans les conditions suivantes : un homme de quarante ans était pris, dans la nuit du 31 décembre au 1er janvier, de douleurs abdominales et de vomissements. Le Dr Faisans appelé aussitôt constata, à l'examen du ventre, l'existence d'un point douloureux à la pression, au niveau de la fosse iliaque droite; il porta le diagnostic d'appendicite et me demanda mon avis. Je vis le malade dans la matinée du 1er janvier; les vomissements avaient cessé, les douleurs abdominales spontanées avaient disparu, il n'y avait pas de fièvre, mais à la palpation de la fosse iliaque on constatait une contraction défensive de la paroi, sans aucune tuméfaction. Bien que trois jours plus tard tous les symptômes eussent absolument disparu, nous fûmes d'accord, mon collègue Faisans et moi, pour proposer la résection de l'appendice, un frère de notre malade ayant succombé, il y a quinze mois, à une péritonite septique d'origine appendiculaire. Je pratiquai l'opération le 19 janvier, après trois semaines d'accalmie complète, et je trouvai un appendice volumineux, turgescent, libre de toute adhérence, dans l'intérieur duquel se trouvaient trois boulettes de matières fécales. J'ai pensé qu'il y avait intérêt à présenter cette pièce : 1° en raison de la disproportion existant entre les symptômes et les lésions; 2° parce qu'elle me paraît un exemple évident d'une forme particulière d'appendicite, l'appendicite familiale, dont il serait intéressant de multiplier les exemples.

(*A suivre.*) F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

24 janvier 1896.

Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote. — M. Burlureaux. A la fin de la dernière séance, M. Faisans a relaté un cas d'empoisonnement grave par la créosote, administrée dans un but thérapeutique, mais à haute dose. Un fait semblable doit-il faire renoncer à l'emploi à haute dose de la créosote en injections sous-cutanées? Tel est le problème qu'il faut discuter.

Ces accidents observés sont en somme des accidents graves de pseudo-méningite, mais ils n'ont jamais entraîné la mort, ni aucune suite fâcheuse ; les trois cas relatés en font foi.

Ces cas d'intoxication aiguë sont excessivement rares, puisque je ne les ai observés que trois fois, depuis cinq ans que je fais quotidiennement des injections d'huile créosotée. Quel est le procédé thérapeutique qui compte à son passif si peu d'accidents? Mais, peut-on dire, à côté des accidents de pseudo-méningite, il en est d'autres beaucoup plus fréquents, imputables aux injections; or ces autres accidents sont facilement évitables ; seuls, les accidents de pseudo-méningite sont inévitables, parce que, à cause précisément de leur rareté, je n'en ai pas encore étudié le déterminisme.

Enfin, en admettant que les accidents graves, mais non mortels, soient et restent inévitables, est-ce une raison suffisante pour faire rejeter la méthode? Je ne le pense pas, car toutes les médications actives exposent à des mécomptes impossibles à prévoir.

Mais, dira-t-on, ce n'est qu'avec les fortes doses de créosote que l'on provoque ces accidents de pseudo-méningite, y a-t-il donc un intérêt majeur à employer ces fortes doses? A cela je répondrai que la créosote produit son effet maximum quand elle est donnée à la dose maxima tolérée par l'organisme; cette assertion me paraît prouvée par toute une série d'observations et par la théorie ; je pense en effet qu'en thérapeutique il ne doit pas exister de dose officielle, et qu'il n'y a d'utile que la plus forte dose tolérée. Si dans le cours d'un traitement intensif de ce genre, il survient un des accidents regrettables, tels que ceux relatés par M. Faisans, nous ne pouvons que le déplorer, avec l'espoir d'en connaître plus tard le déterminisme et par conséquent la prophylaxie. Mais faut-il pour cela renoncer à utiliser comme il convient un médicament qui, sans avoir la prétention d'être le spécifique de la tuberculose met incontestablement les tuberculeux en état de résistance?

M. Faisans. Les accidents que j'ai signalés ne seraient certes pas suffisants pour ne pas appliquer la méthode de M. Burlureaux, si, d'un autre côté, cette méthode donnait toujours de bons résultats thérapeutiques. Mais il existe plusieurs contre-indications à l'emploi de la créosote contre la tuberculose pulmonaire ; la principale est certainement l'éréthisme cardiaque qui est si fréquent chez les tuberculeux.

De plus l'action de la créosote est-elle indubitable? De nombreux traitements ont paru donner des résultats surprenants, l'huile de foie de morue à hautes doses, la poudre de viande, par exemple. Toutes ces médications paraissent bonnes si toutefois on fait bénéficier les tuberculeux d'une hygiène meilleure, et peut-être ainsi croit-on à une action spéciale d'un médicament quand il ne s'agit en somme que d'une amélioration due aux soins hygiéniques concomitants.

M. Ferrand. Je crois également que la créosote est fréquemment contre-indiquée. Elle peut en outre produire une modification qu'il faut connaître : souvent après l'emploi de balsamiques on entend moins de râles

à l'auscultation et on croit ainsi à une amélioration; il n'en est rien, les balsamiques ont une action congestive certaine et, si les bruits adventices diminuent de nombre, ce fait tient uniquement à ce que le poumon congestionné est moins perméable à l'air.

M. Lereboulet. La créosote me paraît devoir être employée surtout dans les tuberculoses torpides; cependant je ne crois pas que ce soit un médicament spécifique; il ne faut la considérer que comme un adjuvant au traitement hygiénique.

Etude sur la pituite hémorrhagique des hystériques. — **MM. Mathieu et Milian.** On connaît depuis longtemps les grandes hématémèses des hystériques; on connaît moins ce que nous nous proposons d'appeler la pituite hémorrhagique.

Cette pituite se caractérise par l'émission d'une petite quantité d'un liquide sanguinolent; on peut le comparer à du sirop de groseille étendu d'eau; quelquefois le liquide prend l'aspect plus foncé du sirop de ratanhia; ce changement résulte sans doute de l'action du suc gastrique sur la matière colorante du sang. Le liquide ne se coagule pas par le repos. La quantité de pituite rejetée est toujours minime. Le vomissement est souvent précédé d'une sensation de malaise général, d'inquiétude, de brûlure ou de douleur au creux épigastrique; puis le liquide est rendu d'un seul coup, assez brusquement.

Les malades chez lesquels se montre cette pituite hémorrhagique sont le plus souvent des dyspeptiques vagues.

Presque tous sont des hystériques, dont la névrose se caractérise par des stigmates évidents et assez nombreux.

En général la pituite hémorrhagique se produit à plusieurs reprises, quelquefois tous les jours pendant des semaines.

Le liquide émis contient des hématies décolorées; les réactions spéciales permettent de démontrer la présence d'une certaine quantité d'acide chlorhydrique libre; toujours on retrouve également de la salive. Et du reste, en mélangeant artificiellement de la salive et du sang, on obtient un liquide absolument analogue à celui de la pituite hémorrhagique.

D'où vient le sang contenu dans la pituite? Nous avons constaté que le liquide renfermait une certaine quantité de suc gastrique, on est donc amené à penser que l'hémorrhagie s'est faite dans l'estomac. Cependant on peut être étonné que le mélange avec la salive soit si intime, mélange qui donne à la pituite hémorrhagique son apparence spéciale. Il peut se faire que le sang s'écoule de la muqueuse buccale, se mélange à la salive, soit dégluti, puis soit rejeté peu de temps après sa pénétration dans l'estomac. On sait que Frerichs a expliqué la pituite matinale des alcooliques par la déglutition plus ou moins grande de salive pendant le sommeil, salive qui est expulsée le matin.

Nous ne sommes pas autorisés cependant à repousser complètement l'idée d'une gastrorrhagie vraie avec mélange ultérieur de la salive; toutefois, nous avons eu l'occasion de surprendre la production du phénomène, ayant vu la sialorrhée sanglante.

Le diagnostic du symptôme est facile, l'aspect du liquide est tout à fait caractéristique. Il semble cependant à l'expectoration sanguinolente que présentent certains cardiaques, certains aortiques, certains arterio-scléreux, à la suite d'une poussée d'œdème pulmonaire; mais il s'agit ici d'un liquide expectoré à la suite d'une crise de dyspnée, après des quintes de toux; la constatation des lésions cardiaques ou artérielles permettent facilement d'établir le diagnostic différentiel.

Nous ne croyons pas que la pituite hémorrhagique ait été vue chez d'autres malades que des hystériques. Lasègue, Hanot, Josserand (de Lyon), la considèrent comme une manifestation hystérique.

Ce symptôme peut-il se rencontrer en dehors de l'hystérie? Nous croyons la chose possible. Son caractère névropathique n'en resterait pas moins nettement établi.

Quant au pronostic, il est en général peu grave: ce symptôme est souvent très tenace, il se reproduit quelquefois avec une grande persistance, mais il n'a par lui-même aucune gravité.

Il ne faut donc pas traiter les malades avec toute la sévérité du régime qui est de mise contre l'ulcère rond.

Sur un cas d'infection pneumococcique à manifestations articulaires et méningée. — **MM. Fernet et Lorrain** rapportent l'observation d'un malade âgé de cinquante-six ans, qui, après quelques phénomènes pulmonaires, présenta une arthrite de l'articulation sterno-claviculaire gauche, et mourut de méningite. Dans les derniers jours, le tableau de la maladie fut celui d'une infection généralisée. L'arthrite présentait des caractères anatomo-pathologiques rares; il s'agissait d'une véritable ostéo-arthrite avec destruction du ménisque interarticulaire, des cartilages, des ligaments. Les os étaient dénudés et présentaient à la vue une surface spongieuse. L'articulation contenait quelques gouttes seulement de sérosité louche. Cette sérosité et le pus méningé contenaient des pneumocoques à l'état de pureté.

M. Widal. Nous avons présenté récemment à la Société anatomique avec M. Meslay les pièces provenant d'un saturnin invétéré, entré dans notre service pour des douleurs vives, avec tuméfaction et rougeur siégeant au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne gauche. La température reste oscillante pendant quelques jours entre 38°5 et 39 degrés. Nous avons pensé à une attaque de goutte saturnine. Le malade mourut quinze jours après, en collapsus. A l'autopsie, nous constatons une péricardite suppurée à pneumocoque primitive. Dans l'articulation métatarso-phalangienne gauche nous trouvons quelques gouttes de liquide séro-purulent, contenant des pneumocoques à l'état de pureté. L'articulation était à peu près intacte. La synoviale était seulement injectée et les cartilages diarthrodiaux légèrement éburnés. En résumé, cette arthrite suppurée pneumococcique, ayant duré quelques semaines, n'avait produit dans la jointure que des altérations superficielles.

Cette localisation pneumococcique au niveau d'une petite fracture n'était fortuite qu'en apparence car un dépôt uratique manifeste avait déterminé la localisation infectieuse.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

24 janvier 1896.

Varices œsophagiennes. — **M. Kahn** rapporte l'histoire d'un individu présentant tous les symptômes classiques de la cirrhose alcoolique. La mort survint brusquement à la suite d'une violente hématémèse (1 litre 1/2 de sang).

L'autopsie permit de constater la lésion hépatique diagnostiquée, et en outre de nombreuses varices œsophagiennes, sur presque toute la hauteur. Certaines d'entre elles avaient le volume d'un crayon. La perforation fut recherchée avec soin, elle siégeait à l'union du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs. Elle était très petite.

Anévrysmes multiples de la crosse aortique et de l'aorte thoracique. — **M. Kahn** communique l'observation d'un homme qui présentait, à la partie antéro-latérale droite du thorax, une tumeur qui avait ulcéré les côtes, et occasionné quelques phénomènes de compression du côté des organes du médiastin. On diagnostiqua un anévrysme de la crosse, malgré l'absence de battement à ce niveau. Le malade se tuberculisa et mourut de cachexie.

L'autopsie révéla la présence de plusieurs poches anévrysmales, une au niveau de l'aorte thoracique, une à l'embouchure de la carotide gauche, une troisième à l'origine de la sous-clavière droite et enfin une quatrième énorme sous la crosse. Cette poche était remplie par un caillot très ancien, dur, ce qui explique l'absence de battements et d'expansion. Cette tumeur comprimait la bronche et l'artère pulmonaire gauche; et c'est de ce côté seulement que s'était développée la tuberculose pulmonaire

Hydronéphrose. — **MM. Desfosse et Tuffier** présentent un rein enlevé par néphrectomie. Il appartient à un homme de trente-sept ans qui, depuis plusieurs années, avait eu de violentes crises de coliques néphrétiques. L'uretère était perméable, mais coudé sur les vaisseaux et maintenu dans sa position vicieuse par une petite bride fibreuse. On ne trouva pas de calculs.

Lithiase biliaire. — **M. Durante** montre une vésicule biliaire contenant de nombreux calculs. Au niveau de l'abouchement du canal cystique on trouve une petite tumeur dure, arrondie, que l'on prend tout d'abord pour un calcul enclavé, mais en pressant sur la vésicule, on voit la bile sourdre par un petit orifice situé au centre même de cette petite tumeur. Il s'agissait, vraisemblablement, d'une incrustation des parois du canal par des sels biliaires.

Méthode de Renaut (de Lyon) **pour l'étude de la rétine.** — **M. Durante** montre des coupes de rétine pratiquées par la méthode de Renaut. On injecte dans le système veineux de l'oreille du lapin une solution de bleu dans du sérum. Les pièces sont ensuite recueillies dans un bain colorant de même nature, et coupées après durcissement. Cette méthode a sur celle de Golgi l'avantage de saisir les éléments nerveux dans leur forme normale, physiologique, et de donner des préparations où tous les éléments nerveux sont parfaitement colorés.

Cerveaux d'idiots. — **M. Bourneville** présente une série de cerveaux provenant des autopsies qu'il a pratiquées à Bicêtre. Il divise ces pièces en plusieurs groupes:

1° Cerveaux présentant des lésions de méningite simple ou de méningo-encéphalite:

2° Cerveaux d'idiots myxœdémateux. Le crâne de ces individus montre toujours une persistance de la fontanelle antérieure;

3° Cerveaux où l'on trouve des lésions en foyers, destruction d'une perte d'un hémisphère, pseudo-kystes, etc.;

4° Scléroses atrophiques localisées. Les portions sclérosées correspondent, soit à une partie plus ou moins grande d'un hémisphère, soit à un hémisphère tout entier;

5° Scléroses hypertrophiques plus ou moins disséminées;

6° Cerveaux d'hydrocéphalie;

7° Cerveaux arrêtés dans leur développement ou microcéphalie.

M. Bourneville insiste particulièrement, dans tous ces cas, sur l'état des sutures du crâne. Sur 400 cas, il n'en a trouvé que six où il y avait de la synostose prématurée, tous les autres étaient normaux comme sutures. L'auteur en tire des conclusions, tendant à rejeter le traitement chirurgical de l'idiotie, traitement qui consistait à inciser le crâne dans l'espoir de donner au cerveau une plus grande facilité pour se développer.

R. MARIE.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

22 janvier 1896.

Action diurétique de la théobromine. — **M. Bardet.** Au cours de la dernière séance, M. Huchard a apporté un certain nombre d'observations sur l'action diurétique de la théobromine. Ces observations confirment d'ailleurs les faits, jadis apportés à l'Académie, par M. Germain Sée. Cependant, un point particulier et nouveau se trouve mis en lumière dans le travail de M. Huchard, c'est qu'en réalité, la théobromine, aussi bien que la caféine, est capable de déterminer des maux de tête, sinon chez tous les malades, au moins chez ceux qui sont plus sensibles à ce médicament. Or, cela démontre que la similitude d'action de la caféine et de la théobromine est certainement plus grande qu'on n'a voulu l'admettre. Or, comme G. Sée et comme aussi Shrœder, M. Huchard interprète l'action diurétique de la théobromine comme étant due à une excitation directe de l'épithélium rénal, ce qui me semble en contradiction avec les faits réels. Pour mon compte, au cours d'expériences que j'ai faites jadis, j'ai pu constater que la théobromine agit, elle aussi, sur la tension artérielle, en l'augmentant, toutes les fois que la dose est correspondante de celles qu'il faut administrer de caféine pour obtenir le même effet. Je crois donc pouvoir penser que la théobromine n'est en somme qu'un succédané de la caféine et doit produire, en réalité, les mêmes effets.

M. Huchard. Il est évident que toutes les fois que l'on veut essayer l'interprétation physiologique de faits cliniques, on se trouve très embarrassé; aussi, pour moi, il me semble que le mieux est encore de s'en tenir aux résultats thérapeutiques obtenus, et, à ce point de vue, il n'y a pas de doute que la théobromine exerce une action très différente de celle de la caféine dans l'ascite. Quant à l'action sur la tension artérielle, il est parfaitement possible qu'elle soit dirigée, au début de l'expérimentation, dans le sens d'une augmentation; mais arrive certainement un moment où le phénomène se renverse, je l'ai nettement constaté, et c'est justement celui où commence la diurèse. Par conséquent, je suis obligé d'admettre, qu'en m'en tenant aux faits observés, la théobromine doit exercer son action diurétique directement sur le rein.

Des associations médicamenteuses dans la médication antithermique. — **M. Vogt** fait, sous ce titre, une communication dans laquelle il cherche à démontrer l'avantage qu'il y a toujours à associer les analgésiques et les antithermiques, ce qui fournit certainement de meilleurs résultats que d'administrer un seul médicament; car, dans ce cas, on a plus de chance de voir se produire les accidents inhérents à ce genre de médication.

A la suite de cette communication **MM. Ferrand et Pouchet** rappellent les faits rapportés par M. Charrin, d'après lesquels il faut toujours se méfier de l'action spéciale des antithermiques, ces médicaments ayant la propriété d'enrayer les oxydations, ce qui peut amener une augmentation des toxines dans l'économie.

Traitement de la cirrhose hypertrophique par l'emploi de l'hépatothérapie. M. Vidal (de Blidah) adresse à la Société un mémoire sur ce sujet.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

13 janvier 1896.

Trépanation du rocher pour plaies par balles de revolver. — **M. F. Verchère.** L'opinion des chirurgiens n'est point encore faite complètement sur la conduite à tenir dans les cas de plaie du crâne par balles de revolver. Je n'ai pas l'intention de traiter devant vous la question au point de vue général, je veux me contenter de vous rapporter un fait qui, rapproché de quelques autres, peut être un enseignement. S'il est une région souvent atteinte par les balles de revolver, c'est certainement la région pétreuse. C'est le lieu d'élection du suicide. Le malade prenant le revolver de la main droite applique le canon dans l'oreille et presse la détente. Le rocher résiste plus ou moins, et la balle, si elle est dirigée suivant l'axe de l'apophyse pétrée, se loge dans l'épaisseur de l'os à une profondeur plus ou moins grande. Lorsque l'on est en présence d'une blessure ainsi produite, que doit-on faire? Faut-il se contenter d'attendre les accidents; ou doit-on intervenir?

Les accidents d'infection sont à craindre; l'ouverture plus ou moins large de l'oreille moyenne, du conduit auditif externe, enfin la plaie extérieure peuvent être l'origine de l'infection qui se propage facilement vers les méninges et détermine une méningo-encéphalite qui restera ou localisée (abcès à la face supérieure du rocher, abcès du cerveau) ou deviendra généralisée (méningo-encéphalite aiguë) et dans les deux cas mettra le ma-

lade en grand danger. L'intervention ne sera alors que très hasardeuse et difficilement donnera un succès.

Il n'en est pas de même si elle est préventive, si, dès l'accident, on enlève le projectile et l'on aseptise la plaie, la fracture, la cavité osseuse créée par la balle.

On a objecté à cette intervention hâtive les dangers que l'on peut rencontrer au cours de la trépanation du rocher; on craint volontiers de s'aventurer dans une région entourée d'autant d'organes dangereux tels que le sinus latéral, le sinus carotidien, la carotide, le nerf facial, l'oreille moyenne.

Disons de suite que le sinus carotidien et la carotide sont bien profondément situés, et qu'il est peu probable que l'on ait à s'avancer jusqu'à leur niveau. Quant au sinus latéral, sa blessure est plus à redouter. Il est situé le long de la base du rocher et sa blessure est possible. On l'évitera cependant le plus souvent et j'ajouterai que, si on le blessait, il n'y aurait encore rien de bien grave, l'hémorrhagie s'arrêtant facilement. Pendant les trépanations du rocher pour mastoïdites, souvent il a été blessé et toujours le sang fut facilement arrêté par la compression soit avec un tampon de gaze, soit encore plus efficacement avec une boulette de cire aseptique laissée à demeure dans le sinus lui-même.

Reste donc le nerf facial. Mais celui-ci est souvent déjà blessé par le projectile et l'on n'a plus rien à perdre si on vient à le toucher. Quant à l'oreille moyenne, elle est le plus souvent déjà détruite par la balle et l'ouïe définitivement abolie. De sorte que, pour tous ces dangers problématiques, on se prive de la possibilité de mettre le malade à l'abri de dangers presque toujours mortels.

L'intervention est d'ordinaire des plus simples et le plus facilement du monde, presque toujours, on peut extraire le projectile.

Au mois de novembre dernier, le Dr Cornil m'appelait auprès d'une de ses malades, jeune femme de vingt-neuf ans, qui s'était tiré un coup de revolver dans l'oreille droite. Cette jeune femme, d'une bonne santé antérieure, avait depuis quelque temps donné quelques signes de troubles cérébraux. Persécutée, mélancolique, elle avait déjà tenté deux fois de se suicider — une première fois en cherchant à se jeter à l'eau, la seconde en absorbant du laudanum — celui-ci pris en trop grande abondance, n'eut d'autre inconvénient que de provoquer des vomissements.

L'accident, lorsque je vis la malade, s'était produit la veille. Le canon du revolver avait été appuyé un peu en arrière de l'orifice du conduit auditif externe. De sorte que la balle n'était pas entrée dans le conduit lui-même, mais avait perforé le pavillon et pénétré directement dans le rocher.

Les symptômes fonctionnels étaient nuls. Pas de troubles cérébraux. Aucun signe de paralysie. L'ouïe seule était abolie. Par le conduit auditif s'écoulait du sang en assez grande abondance. La membrane du tympan était détruite.

En explorant l'écaille du temporal, on trouvait une ligne douloureuse remontant à 3 ou 4 centimètres.

Je proposai la trépanation qui fut acceptée. La malade fut endormie par le Dr Cornil. J'incisai derrière le pavillon de l'oreille et le désinsérai complètement, de façon à me trouver au niveau même de la lésion osseuse. Celle-ci découverte, avec la rugine, je dénudai complètement la face externe de l'écaille et mis complètement à jour le point d'entrée du projectile dans le rocher. Avec la gouge et le maillet j'agrandis l'orifice d'entrée; puis, prenant le trajet lui-même comme conducteur, je suivis très facilement le trajet qu'avait suivi la balle. Celui-ci me conduisit jusqu'à la partie supérieure de l'oreille moyenne que je pus voir complètement effacée par le projectile, et je fus arrêté au niveau de la face supérieure du rocher, soulevant la dure-mère sans la perforer. Le saisissant avec un davier je pus, après avoir libéré ses parties latérales, l'extraire, et le trouvai complètement déformé. La balle était aplatie dans presque toute sa longueur, ne laissant à sa partie postérieure qu'un culot de 2 à 3 millimètres de long. La pointe aplatie formait un disque d'un centimètre à peu près de diamètre dont les bords étaient irréguliers, mâchés. Je dus régulariser la loge qu'elle s'était creusée et enlever quelques fragments de plomb dispersés dans l'épaisseur de l'os.

Quelques esquilles étant enlevées, je curettai la cavité et après un lavage soigneux, je fermai complètement, sans drainage, la cavité, en recousant l'oreille à sa place. Le résultat fut des plus simples. Dès le sixième jour, j'enlevai le point de suture; l'oreille avait repris sa position et depuis cette époque aucun trouble n'est survenu. Je ne parlerai pas de l'état mental de la malade qui ne s'est guère amélioré. Actuellement, elle est à la Salpêtrière, et si elle a pu, grâce à l'intervention, échapper aux dangers de son suicide, il est encore nécessaire de la mettre à l'abri de nouvelles tentatives.

Elle n'a jamais présenté de paralysie faciale. Elle était complètement sourde de l'oreille droite; elle est restée sans amélioration au point de vue de l'audition.

Je rapprocherai cette observation d'un fait publié au Congrès de chirurgie de Lyon en 1894, par le Dr Le Riche (de Nice), où il s'agissait d'un homme de cinquante et un ans, qui, voulant se suicider, se tira dans la tête, le 26 mai 1892, trois balles de revolver de 7 millimètres. Des deux premières, entrées sous le menton, l'une ressort par la joue gauche, l'autre est recrachée, après s'être aplatie contre l'arcade alvéolaire du maxillaire supérieur. La troisième balle, tirée dans l'oreille droite, immédiatement au-dessus de la racine de l'hélix, a pénétré profondément.

Dès le troisième jour, les accidents devenant menaçants, le Dr Le Riche pratique la trépanation, après avoir rabattu le pavillon de l'oreille, et, avec le burin et le marteau trouve le projectile à une profondeur d'environ 25 millimètres. Celui-ci ne put être extrait qu'avec un davier, et résista à l'effort que l'on dut prolonger. Le malade guérit. Pendant les onze premiers jours, il y eut écoulement de matière cérébrale, mais tout se tarit et tout revint à l'état normal.

Cette observation, plus encore que la mienne, est en faveur de l'intervention précoce hâtive. Il est tout à fait certain que si l'on n'était intervenu, comme l'a si légitimement fait le Dr Le Riche, le malade serait mort d'infection. La balle était logée dans la substance cérébrale, et aurait très certainement déterminé un abcès du cerveau. Les phénomènes qui se montraient au moment de l'intervention étaient le début d'une méningo-encéphalite et l'issue de cette méningo-encéphalite ne pouvait faire de doute.

L'intervention, dans ces cas de blessure du rocher par balle de revolver, est d'ordinaire simple. Il suffit de décoller le pavillon de l'oreille, puis d'enlever avec la gouge et le maillet, les parois mêmes du trajet osseux de la balle pour arriver jusqu'à elle. Lorsqu'elle a été ainsi libérée, il suffit, avec un davier, de la saisir et de l'extraire, ce qui se fera avec d'autant plus de facilité qu'on aura plus ou moins largement ouvert la cavité dans laquelle elle s'est logée. Le projectile enlevé, il sera nécessaire de supprimer les esquilles osseuses ou les fragments de plomb qui pourraient rester plus ou moins adhérents aux parois de la cavité. La curette, dans ce cas, peut rendre les plus grands services; puis, on pourra si l'on est sûr de l'asepsie de la fracture compliquée, faire une suture complète sans drainage. Dans le cas contraire, il sera plus prudent de faire un tamponnement avec une mèche de gaze iodoformée et de suturer le pavillon de l'oreille, en laissant un léger orifice; on sortira un bout de la mèche qui permettra d'enlever celle-ci vers le deuxième ou troisième jour.

Cette intervention simple et facile, pendant laquelle on ne court aucun danger véritable, je ne parle pas de la blessure du sinus carotidien et de la carotide qu'on ne peut atteindre, qui expose exceptionnellement à la blessure du sinus latéral à laquelle on remédie si facilement par le tamponnement à la cire, met les malades à l'abri des graves complications qui peuvent résulter d'une fracture compliquée du rocher avec séjour d'un corps étranger septique, dont le siège est inconnu et peut être intra-cérébral.

Cette intervention bénigne et facile prévient les accidents ultérieurs qui peuvent résulter de la présence du projectile, alors que celui-ci, dans les jours qui ont suivi la blessure, n'a donné lieu à aucun accident.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Janvier 1896.

Traitement de la trichophytie unguéale. — **M. Sabouraud** expose le traitement qu'il a employé chez un malade atteint de trichophytie unguéale.

Ce traitement consiste en pansements avec de la ouate imbibée du mélange suivant :

Iode	1	gramme.
Iodure de potassium	2	—
Eau	1.000	—

On recouvre d'une lame caoutchoutée et on renouvelle tous les jours. La guérison s'obtient en quatre mois environ, sans autre intervention.

L'ongle malade tombe et l'on voit l'ongle repousser sain.

Impaludisme cutané. — **M. Brocq** communique à la Société l'observation d'une femme d'une quarantaine d'années qui fut prise, en septembre 1894, d'une affection bizarre du nez constituée par un groupe de papulo-vésicules géantes de 2 millimètres environ de diamètre, au nombre de sept ou huit environ, s'accompagnant de légères sensations de brûlure ou de cuisson. La plaque éruptive devenait, vers les 4 ou 5 heures du matin, rouge, enflammée, comme turgescente: de toutes les vésicules il suintait un liquide transparent, séreux, fort abondant. Ces phénomènes de congestion atteignaient leur maximum entre 7 et 9 heures du matin, puis ils diminuaient graduellement d'intensité. Vers les 2 heures de l'après-midi, parfois plus tôt, le suintement cessait de se produire et la turgescence disparaissait; vers 6 heures du soir la lésion était à peine visible. Sur deux jours, la malade avait un jour relativement bon, pendant lequel la poussée du matin n'était que fort modérée, et un jour mauvais pendant lequel la poussée se produisait avec toute sa violence.

Le malade avait déjà eu diverses manifestations larvées, de l'impaludisme en particulier, une pneumonie intermittente qui n'avait cédé qu'à de fortes doses de quinine, et elle habitait pendant plusieurs mois de l'année un pays à fièvres.

Ces considérations conduisirent le Dr Brocq à donner du chlorhydrate de quinine à la dose quotidienne de 80 centigrammes en deux fois. Au bout de quarante huit heures, les poussées congestives avaient cessé; en quatre jours la lésion, que l'on avait inutilement traitée pendant deux mois par toutes sortes de topiques, avait presque entièrement disparu. La malade cessa trop vite la médication interne : les accidents cutanés reparurent bientôt avec les mêmes particularités : la quinine les fit de nouveau disparaître ; le même fait se renouvela encore deux autres fois ; enfin une médication quinique, puis arsénicale prolongée fut suivie d'une guérison définitive.

Après une discussion de ce fait et une courte analyse des diverses publications antérieures sur les éruptions qui se relient à l'impaludisme, le Dr Brocq pose les conclusions suivantes : 1° Ce fait doit être rangé parmi les dermatoses encore mal connues qui constituent la forme cutanée vraie et pure de l'impaludisme larvée. 2° En présence d'une dermatose rebelle à symptômes un peu insolites, il faudrait songer à la possibilité de l'impaludisme. 3° La quinine, puis l'arsenic sont, dans ces cas, des médicaments réellement héroïques, alors que le traitement local reste pour ainsi dire sans effet. 4° La classe des paludides timidement, proposée par Verneuil et Merklen, doit être acceptée. Cette observation en est un premier exemple indiscutable et des plus nets.

M. Hallopeau. Pourrait-on, d'après le caractère de l'éruption, faire le diagnostic de paludisme cutané?

M. Brocq. Si je rencontre à l'avenir une éruption analogue, mon attention sera attirée sur le paludisme.

Ce n'était pas de l'herpès : les éléments ont eu une longue durée et n'ont pas eu de récidives. Ce n'était pas non plus de l'eczéma. L'aspect était celui d'un herpès papuleux.

M. Barthélemy. Chez un malade paludéen qui présentait de l'urticaire et de la dysidrose, cette dernière affection ne guérit que par le sulfate de quinine.

M. Besnier. La rate et le foie étaient-ils hypertrophiés?

M. Brocq. La rate m'a semblé hypertrophiée.

Epididymite syphilitique. — **M. Darier** présente un malade atteint d'épididymite syphilitique, déjà présenté antérieurement et qui a, d'une part, guéri par le traitement spécifique : pilules et iodure, et qui, d'autre part, fait de nouveaux accidents de syphilis, ce qui confirme le diagnostic de la nature syphilitique de l'épididymite porté dès le début.

M. Besnier attire l'attention sur ce fait : que le malade ayant été traité, a guéri de son accident testiculaire, mais qu'aussitôt le traitement cessé, les accidents de syphilis ont reparu avec une grande intensité : alopécie syphilides cutanées.

M. Besnier demande si, au lieu de faire ingérer du mercure à ce malade, il n'eût pas mieu valu faire des injections de calomel. Ces injections n'auraient-elles pas empêché le retour des accidents? L'action inhibitoire du mercure, sur la maladie en général, n'est-elle pas plus intense sous la forme d'injection? Il semble que la méthode hypodermique empêche les accidents en créant une véritable réserve mercurielle.

M. Barthélemy. J'ai vu cinq ou six cas dans lesquels le traitement mercuriel, bien fait et bien toléré, n'a pas empêché la récidive.

M. Jullien. La question me semble plus complexe. Il faut envisager séparément l'action du mercure donné seul et du mercure associé à l'iodure. M. Lefort avait signalé, il y a vingt ans, ce fait : chez un malade saturé de mercure on donne de l'iodure de potassium, il se produit de nouveaux accidents.

Les injections mercurielles me semblent faire disparaître les accidents et mettre à l'abri de récidives.

M. Besnier. Je ne parle pas de malades prenant de l'iodure de potassium, mais seulement du mercure.

J'ai traité pendant quatorze ans une malade dont les accidents de syphilis récidivaient chaque fois que l'on cessait le traitement.

Il a suffi de quelques injections mercurielles pour faire cesser complètement depuis dix-neuf mois toute récidive.

M. Le Pileur. Je ne crois pas que l'iodure de potassium fasse disparaître l'action du mercure. J'ai vu l'huile grise donner, en injections, d'excellents résultats. Je crois, en tous cas, qu'il y a lieu de distinguer les syphilis qui guérissent facilement, de celles qui sont rebelles à la thérapeutique.

M. Feulard. J'ai traité pendant deux mois une malade atteinte d'une syphilis rebelle, par les injections de calomel. Elle allait bien, lorsqu'elle contracta une grippe; le traitement fut interrompu pendant six semaines. La conséquence de cette interruption fut le retour des accidents au même point qu'avant tout traitement.

M. Fournier. Je m'inscris absolument contre l'idée d'attribuer à l'iodure de potassium une action neutralisante du mercure. Cela n'est pas. Les récidives de lésions syphilitiques par un traitement énergique, frictions ou absorptions, se voient souvent. Il n'est pas rare d'en voir même après un traitement par les injections.

M. de Beurmann. En examinant systématiquement les urines de syphilitiques soumis à diverses méthodes de traitement, j'ai vu que les urines des malades traités par les injections contenaient de fortes proportions de mercure, tandis que les autres en avaient fort peu.

Cela me semble un excellent argument à l'appui de l'action énergique et rapide du traitement de la syphilis par les injections.

Ulcères annamites. — **MM. Gaucher** et **Touvenaint** présentent un malade âgé de quarante-cinq ans porteur d'ulcérations des jambes, dont voici l'histoire : il y a quelques années, le malade, étant au Tonkin, eut une sorte d'affection furonculeuse des membres inférieurs, qui aboutit à des ulcérations.

Le retour en France amena la guérison. De nouveau à Pondichéry il eut des accidents analogues qui guérirent. Nouveau voyage en France. Retour de nouveau en Cochinchine et récidive des mêmes lésions au bout de deux ans.

A son arrivée en France, le malade fut soumis à des traitements multiples qui n'amenèrent aucune amélioration. En raison d'antécédents syphilitiques, on essaya du traitement mercuriel et ioduré. Les lésions s'aggravèrent. La teinture d'Alvet ne fit rien. Seules les compresses d'eau bouillie amenèrent un soulagement, sans modifier les ulcérations qui restent au même point.

M. Fournier. Objectivement ces lésions ressemblent à un ulcère gommeux en voie d'élimination.

Pour ce qui est de l'absence d'efficacité du traitement, je me rappelle l'histoire d'un jeune homme dont le père était syphilitique. Ce jeune homme eut des ulcérations non variqueuses aux jambes; comme il était hérédo-syphilitique, je le traitai. Tant que le traitement dura, aucune modification favorable ne se produisit. Dès que le traitement fut cessé, la guérison fut obtenue par le repos, les bains et l'occlusion.

M. Gaucher. Chez ce malade il est difficile d'obtenir le repos.

M. Du Castel. Ces ulcérations ressemblent à tout et à rien. Elles n'ont pas, en tout cas, les caractères habituels des ulcérations des pays chauds.

M. Gaucher. J'ai fait remarquer que ces ulcérations n'avaient pas de caractères déterminés, mais j'ajouterai que le mot ulcère annamite est légitimé par ce fait qu'il a été donné par des médecins qui en voient.

M. Tenneson. Si ce malade ne venait pas d'un pays chaud, tout le monde dirait : gomme.

Le traitement antisyphilitique suivi par ce malade a été insignifiant. Et je dis en outre que malgré le traitement spécifique il ne guérira pas sans repos.

M. Feulard. Je dirai même repos avant tout traitement.

M. Barthélemy. J'essayerai chez ce malade, en admettant l'ulcère annamite, le traitement du sous-carbonate de fer.

M. Leredde. Ne pourrait-il s'agir d'un ulcère mixte : une gomme chez un variqueux?

M. Barbe. Dans l'hypothèse d'une syphilis, pourquoi ne pas faire d'injection de calomel?

M. Besnier. Le diagnostic reste en suspens. Si ce malade habitait parmi nous, nous dirions : ulcères compliqués des membres inférieurs.

Par ce fait qu'il a contracté son ulcère en Annam, il est difficile de prouver que ce n'est pas un ulcère annamite.

La meilleure indication de traitement est le repos, la jambe allongée et élevée et les injections de calomel.

Dermatite exfoliatrice mercurielle. — **M. Fournier** demande à la Société son avis sur un malade qui vient d'arriver dans son service avec une érythrodermie intense simulant une véritable dermatite exfoliatrice.

Pour lui, il s'agit d'un cas d'hydrargyrisme, quoique le malade ait eu antérieurement quelques poussées de psoriasis.

Il base son opinion sur les raisons suivantes : profession du malade, qui fait partie d'une équipe de désinfection et absorbe du sublimé à chaque instant de la journée; développement brusque et rapide de l'éruption qui a envahi d'emblée la totalité des téguments.

M. de Beurmann. Ce malade me rappelle un cas de dermatite exfoliatrice identique, consécutive à des frictions mercurielles, chez un malade qui n'avait antérieurement aucune affection cutanée.

M. Brocq. Il est étonnant que ce malade qui travaillait depuis si longtemps dans le sublimé n'ait pas fait de stomatite. Il existe des herpétides exfoliatrices dans le psoriasis. L'état des mains et des pieds sont ceux d'une érythrodermie scarlatiniforme. Il est difficile d'interpréter ce cas.

M. Besnier. Il est impossible, dans ce cas, de disjoindre le mercure et la maladie. Cependant nous ne nous trouvons pas ici dans les conditions ordinaires de l'hydrargyrisme, qui habituellement se manifeste dès le début de l'imprégnation mercurielle.

Le mercure n'a-t-il pas été une cause d'appel pour développer cette éruption chez un psoriasique? L'objectivité n'est pas celle d'une hydrargyrie, mais d'une des grandes érythrodermies. Il est presque inadmissible que ce malade ait pu conserver jusqu'à ce jour ses gencives intactes.

M. Barthélemy. L'intolérance de la peau n'est pas en rapport avec l'intolérance des gencives. J'ai vu des cas d'hydrargyrie cutanée intense dans le service de M. le Pr Fournier, sans gingivite.

M. Brocq. Cela est vrai, quand l'éruption hydrargyrique est consécutive à l'action d'une parcelle de mercure.

M. Besnier. Et avec une hydrargyrie subite, c'est-à-dire survenant dès l'imprégnation. Du reste, l'étude ultérieure du malade nous donnera la solution.

Psoriasis et arthropathies. — **M. Danlos** présente un malade qui fait chaque année en hiver une poussée de douleurs articulaires en même temps que de psoriasis. Le malade a en outre du rhumatisme noueux.

S'agit-il d'une trophonévrose ou d'une diathèse?

La trophonévrose supposerait une lésion systématisée de la moelle épinière à la fois étendue, mobile et superficielle (psoriasis), et localisée et profonde : lésions articulaires. Ce qui se contredit. L'influence diathésique semble plus acceptable, le malade ayant le type de l'arthrite noueuse et l'hérédité arthritique : père atteint de sciatique.

MM. Gastou et Keim, à l'occasion de cette présentation, montrent une malade âgée de cinquante-neuf ans, atteinte d'érythème polynorphe à tendance purpurique. L'intérêt de ce cas est la coïncidence d'une affection du sommet du poumon gauche datant de dix-sept ans. L'auscultation et la percussion rappellent ce qu'on trouve dans les pleurésies interlobaires ou dans la spléno-pneumonie. Depuis deux ans la malade a une expectoration tantôt purulente, tantôt sanguinolente. Son père, trois frères et deux sœurs sont morts de la poitrine. Les crachats, examinés à plusieurs reprises, à des dates différentes par M. Talamon, par nous, ne montrent pas de bacilles de Koch, mais simplement du staphylocoque. La malade présente en outre des déformations pseudo-noueuses, des mains et des pieds, des doigts en baguette de tambour, elle a eu antérieurement du zona. Il semble que tous ces accidents, zona, déformations pseudo-noueuses, doigts en baguette de tambour, peuvent être rattachés à une infection broncho-pulmonaire, qui est probablement d'origine tuberculeuse, due à une infection secondaire surajoutée, qui est actuellement la staphylococcie, comme le démontrent les examens des crachats et du sang recueillis au niveau des plaques érythémateuses.

M. Jacquet. Pour ce qui est du malade de M. Danlos, je dois dire que nous avons, M. Liefering et moi, dans un cas de psoriasis généralisé avec arthropathies, trouvé des lésions médullaires certaines. Il me semble rationnel de rapprocher les lésions articulaires psoriasiques des arthropathies nerveuses. Pour plusieurs auteurs, la polyarthrite aurait une origine analogue.

M. Gastou. Il est difficile de savoir qui a commencé, de la lésion nerveuse centrale ou de la lésion nerveuse périphérique. La lésion nerveuse elle-même, dont parle M. Jacquet, ne serait-elle pas le résultat d'une infection?

M. Jacquet. Pour la malade de MM. Gastou et Keim, que j'ai reçue moi-même à la consultation, j'ai attribué l'érythème à un élément toxique endogène, développé dans les bronches et le poumon altérés. J'émets cependant des réserves au sujet d'une toxémie médicamenteuse, car, peu avant l'éruption, la malade avait pris de la terpine et de la cocaïne.

Quant aux déformations des doigts, elles semblent bien répondre au type ordinaire de l'ostéo-arthropathie pneumique.

Sur une érythrodermie exfoliante. — **M. Danlos** montre un malade de soixante-trois ans, affecté d'érythrodermie exfoliante primitive avec prurit, adénopathies, bon état général. Est-ce une dermatite exfoliante bénigne ou un érythème prémycosique?

L'examen biopsique et l'étude du sang ne permettent pas de conclusion absolue.

La leucocytose est faible, le nombre des leucocytes éosinophiles est considérable.

Etude histologique de cette érythrodermie. — **M. Leredde.** Les lésions microscopiques sont assez comparables à celles du mycosis fongoïde (prolifération des cellules diapédèses de lymphocite. Autour des vaisseaux, présence d'un réticulum maszellen nombreuses), il faut noter la présence d'amas pigmentaires dérivés peut-être des maszellen.

Mais jamais jusqu'ici je n'ai observé, dans le mycosis, la présence de cellules éosinophiles en grand nombre autour des vaisseaux sans diapédèses d'éléments polynucléaires vulgaires. Ici elle est tout à fait caractéristique. Il existe une altération sanguine extrêmement marquée qui paraît engendrer la dermation, c'est une leucocytose modérée (17.000 globules blancs, avec altération qualitative, énorme, éosinophile 25 pour 100 lymphocites mononucléaires 50 pour 100, polynucléaires 25 pour 100 seulement). Il ne s'agit pas d'une maladie de Duhring, car il n'y a pas d'excrétion d éosinophile par l'épiderme, mais comme la maladie de Duhring, la dermation actuelle est une hémadodermite.

Nouvelle note sur une forme non décrite de tuberculose cutanée suppurative et pemphygoïde. — **M. Hallopeau.** Les conclusions de ce travail sont les suivantes : cette forme de tuberculose a une marche essentiellement aiguë ; elle progresse constamment par la formation de nouvelles pustulettes ; les placards ainsi formés peuvent atteindre en quelques semaines des dimensions considérables ; ils se multiplient rapidement; l'évolution rétrograde de ces lésions n'est pas moins rapide que leur développement; en même temps que de nouveaux placards se développent, d'autres s'affaissent et se décolorent; on peut voir dans un même placard des lésions en rétrocession et des lésions en activité progressive ; ces dernières se présentent sous la forme d'un bourrelet périphérique parsemé de pustulettes ; comme dans le mycosis, ce bourrelet s'affaisse dans sa partie interne en même temps qu'il progresse excentriquement. Cette marche rapide appartient à d'autres manifestations de la tuberculose : telles sont la tuberculose pustuleuse décrite par Gaucher et le lichen scrofulosorum.

Gomme du sein. — **M. Emery** présente une malade du service du professeur Fournier atteinte d'une gomme du sein.

L'affection a débuté, il y a environ trois mois, par un noyau d'induration de la glande mammaire qui, à l'entrée de la malade dans le service, a atteint son volume maximum, comparable à celui d'une mandarine. La tumeur présente en son centre une ulcération ayant tous les caractères d'une ulcération gommeuse syphilitique. L'examen du néoplasme sous-jacent et l'étude de la connexion avec la glande ne laissent aucun doute sur sa nature. Le traitement spécifique immédiatement institué provoque rapidement un ramollissement et une véritable fonte de la tumeur qui bientôt diminue son bourbillon. A l'heure actuelle, la cavité produite se comble rapidement, l'ulcération se cicatrise, et la guérison complète est imminente.

L'intérêt de cette malade réside surtout, d'une part dans la gravité et la ténacité des premières manifestations syphilitiques (syphilis des ulcéreuses phagédéniques récidivantes de la face) ; d'autre part, dans les localisations exceptionnelles qu'affectent ces lésions gommeuses tardives. La malade a été, en effet, l'objet d'une présentation antérieure pour une gomme de la paroi antérieure du vagin. Le siège affecté par cette nouvelle gomme n'est pas aussi exceptionnel; néanmoins, M. Claude n'a pu relever dans sa thèse que vingt-trois observations authentiques.

L'alternance de cette lésion avec d'autres lésions de même nature a déjà été notée et constitue un élément précieux de diagnostic. Celui-ci n'a d'ailleurs présenté ici aucune difficulté. Les antécédents, l'évolution rapide et les caractères objectifs de la tumeur ne pouvaient laisser de doute. Il faut noter ici, cependant, la rétraction du mamelon, l'aspect chagriné de la peau adhérente et une douleur spontanée, mais ces signes, depuis plusieurs années, ne sont plus considérés comme appartenant exclusivement aux tumeurs malignes du sein ; plusieurs observations antérieures de gommes du sein les signalent. L'absence complète d'adénopathie axillaire et sus-claviculaire que l'on note est plutôt, dans le stade ulcératif de la gomme, une anomalie. Mais cette intégrité des ganglions eût été, pendant la période de crudité du néoplasme, d'un grand secours pour le distinguer des mammites chroniques circonscrites, chez lesquelles l'adénopathie axillaire est la règle dès le début.

M. Barthelemy. J'ai rencontré plusieurs fois des gommes du sein chez l'homme.

Sur un nouveau cas de lichen plan atrophique. — **M. Hallopeau.** Les conclusions de ce travail sont formulées ainsi qu'il suit : Le lichen atrophique a pour principal siège d'élection les faces palmaires des avant-bras dans leur partie la plus déclive ; il peut coïncider avec des lésions caractéristiques de la muqueuse buccale; ce fait prouve qu'il est bien de même nature que le lichen plan vulgaire; la qualification de ruber ne saurait plus entrer dans la définition de cette dermatose, puisque dans cette forme les lésions sont d'emblée décolorées; le lichen plan atrophique peut offrir des caractères cliniques très semblables à ceux de la morphée; il s'en distingue par la présence de nombreux grains comédonniens ou de dépressions les représentant, par les vestiges de papilles brillantes et polygonales et par la coexistence de lésions buccales caractéristiques; les lésions initiales du lichen plan occupent le plus souvent les orifices gandulaires, il faut de nouveau y chercher le parasite.

Forme typique d'hydro-vésiculeux de Bazin. — **M. Danlos.** Il s'agit d'un malade qui présente aux mains, aux pieds, aux coudes, aux genoux des éléments d'herpès iris. L'intérêt du cas est la similitude parfaite de l'éruption linguale avec les syphilides linguales.

M. Fournier. Ce fait confirme ce que j'ai dit si souvent : que rien n'était plus syphiloïde que l'hydroa buccal.

Albuminurie. Rétrécissement mitral. Phlébites. Ecthyma. Gangrène symétrique des orteils. Accidents syphiloïdes. — **MM. Gastou** et **Keim** présentent une malade atteinte de rétrécissement mitral, qui, à la suite d'une pneumonie, a eu une néphrite, une phlébite double, de l'ecthyma, des gangrènes symétriques des orteils.

L'aspect de ces lésions est absolument syphiloïde. La mère et un frère de la malade ont de l'albuminurie.

Ne s'agirait-il pas ici d'une véritable maladie familiale héréditaire, analogue aux maladies familiales héréditaires du système nerveux et frappant ici le rein? La syphilis a été suspectée, recherchée, mais non démontrée.

M. Jacquet a trouvé dans plusieurs cas la syphilis héréditaire chez des malades atteints de rétrécissement mitral.

L. WICKHAM.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

22 janvier 1896.

La prophylaxie sanitaire de Paris. — **M. A.-J. Martin.** La ville de Paris, grâce aux libéralités du Conseil municipal, grâce aussi à l'infatigable activité du chef du service de l'assainissement, possède aujourd'hui une or-

ganisation sanitaire excellente, et les effets ont pu être appréciables en très peu de temps.

La loi du 30 mars 1892, qui rend la déclaration des maladies contagieuses obligatoire, et qui n'a eu son application qu'un an plus tard, commence déjà à porter ses fruits. Cependant, chiffres en main, M. Martin montre que seulement la moitié environ des cas ont dû être notifiés. En 1895, en effet, il n'y a eu que 10.000 déclarations de maladies pour 1.000 décès dus à des maladies comprises dans la loi. Or, il est impossible d'admettre, pour ces maladies, une mortalité de 10 pour 100; il faut donc reconnaître que la loi n'est pas encore rigoureusement appliquée.

Le service de la vaccination fonctionne avec une grande activité. Parmi les innovations heureuses et qui, jusqu'ici, n'ont été appliquées dans aucune autre ville d'Europe, il faut signaler la vaccination à domicile. Chaque fois qu'un cas de variole est signalé, les vaccinateurs se transportent avec la génisse vaccinifère dans la maison infectée et tous les habitants de la maison, et même du quartier viennent se faire vacciner et revacciner; l'empressement de la population est remarquable. Dans une seule rue du XIII[e] arrondissement, à la suite d'une petite épidémie localisée (7 décès), il y eut, en une journée, 550 vaccinations.

Aussi, résultat final pour 1895 : 17 décès de variole, sur une population de 2.500.000 habitants.

Toutes les maladies contagieuses ont d'ailleurs diminué dans des proportions sensibles.

M. Martin montre, par une série de graphiques, l'influence de ces mesures sanitaires et sur le nombre des décès et surtout sur la durée des épidémies. Alors qu'il y a quinze ans, toutes les épidémies, même bénignes, persistaient un certain nombre de semaines, se terminaient en *lysis*, actuellement, les petites épidémies observées disparaissent brusquement.

Il faut sans doute attribuer en partie cette modification heureuse au service de la désinfection (39.000 en 1895); notons encore la tendance des particuliers à réclamer d'eux-mêmes les employés du service sanitaire.

L'application de la sérumthérapie a certainement abaissé le nombre des décès diphtériques, mais il faut reconnaître que le nombre même des cas de diphtérie a singulièrement diminué, parallèlement à celui des cas de rougeole. D'après A.-J. Martin, cependant, les examens bactériologiques faits au laboratoire municipal indiquent une proportion de 71 pour 100 d'exsudats diphtériques dans les échantillons adressés à ce service. Sans incriminer la valeur de ce laboratoire, nous croyons, d'après une enquête personnelle, que ce chiffre est forcé; et que, dans nombre de cas, la présence des bacilles signalée par le service officiel n'a pas été confirmée dans les recherches faites simultanément par des bactériologistes qui, pour n'être pas officiels, n'avaient pas moins la compétence voulue.

Quoi qu'il en soit, il résulte de l'ensemble de la communication si importante de M. Martin, que la mortalité a diminué à Paris dans ces dernières années, et que la diminution porte presque exclusivement sur les décès attribués aux maladies dites évitables. C'est une constatation encourageante.

M. Martin termine en parlant de la nécessité de la création d'une école de plomberie sanitaire. Nous reviendrons prochainement sur cette question, qui a, au point de vue de l'hygiène urbaine, une importance extrême.

Nous croyons pouvoir compléter cette courte analyse en donnant les chiffres suivants empruntés au *Bulletin de la statistique municipale* et qui ont une singulière éloquence.

Nombre de décès survenus à Paris en :

	Fièvre typhoïde	Variole	Rougeole	Scarlatine	Coqueluche	Diphtérie
1895.	271	17	679	178	419	435
1880-1889 moy. ann.	1.598	544	1.188	236	433	1.840

P. Langlois.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE

16 janvier 1896.

Moyens pratiques de mesurer la tension et l'intensité des courants fournis par les machines électro-statiques. — **M. d'Arsonval.** La *tension* ou le *potentiel* extrêmement élevé des machines statiques (60.000 à 50.000 volts en moyenne) ne peut être évalué actuellement avec les appareils de mesure, employés et construits pour des potentiels beaucoup moins élevés. On peut, toutefois, par un artifice très simple, avec ces appareils de mesure, usuels dans l'industrie, arriver facilement à déterminer la tension des machines statiques. Pour cela, il suffit de réduire ce potentiel au moyen de condensateurs reliés en cascade; par le nombre ou la capacité de ces condensateurs, il est facile de réduire ce potentiel qui devient alors susceptible d'être mesuré avec les appareils que l'on trouve dans l'industrie.

Quant à l'*intensité*, on peut approximativement en déterminer le débit en utilisant le souffle électrique à l'extrémité d'une tige terminée en pointe et reliée à l'un des pôles de la machine. Ce souffle peut facilement mettre en mouvement un petit anémomètre à ailettes en aluminium, construit *ad hoc*, et muni d'un compteur du nombre de tours. La quantité d'électricité produite est fonction de la vitesse du mouvement de l'anémomètre.

Analogies hydrauliques de la charge des condensateurs en batterie et en cascade. — **M. d'Arsonval.** La charge des batteries en cascade est analogue au manomètre à branches multiples. Voir le *Bulletin officiel* de la Société.

Polyurie chez une hystérique. — **M. Grand** relate un cas de polyurie chez une hystérique de quarante-deux ans, arrivée progressivement depuis neuf mois à un état de dépérissement assez grave, et guérie par le traitement électrique.

La malade, manifestement hystérique, avec de l'anesthésie pharyngienne, de l'anorexie, de l'insomnie complète depuis neuf mois, de l'hyperesthésie cutanée avec perversion de la sensibilité tactile, rétrécissement du champ visuel, etc.. etc., rend de 6 à 8 litres d'urine par jour. Le volume des boissons, quoique supérieur à la normale, reste cependant légèrement inférieur à celui de l'urine.

Le début a été graduel (l'alcoolisme n'entre pas, dans ce cas, comme facteur étiologique). Le poids du corps a baissé de 20 livres en dix mois. La maigreur est extrême.

La malade refuse catégoriquement de se soumettre à des séances d'hypnotisme. Le traitement a consisté uniquement en séances de franklinisation, au nombre de 30, avec une machine à grand plateaux, séances de 20 à 30 minutes avec frictions générales à travers les vêtements, au moyen d'une électrode métallique et soufle, pendant deux à trois minutes.

Le volume de l'urine, après une dizaine de séances, s'était abaissé à 1 litre 1/2, chiffre qu'elle n'a plus dépassé. Amélioration rapide; le sommeil, l'appétit et les forces sont revenus rapidement à la normale. Le poids a augmenté de 106 à 120 livres en trois mois.

La malade a été revue il y a deux mois, et cette guérison se maintient et se confirme. Notons que les divers symptômes hystériques, présentés par la malade, ont été améliorés, mais n'ont point disparu.

Peut-on affirmer que, dans le cas présent, l'hydrurie soit une manifestation de nature hystérique, par ce seul fait que ce syndrome s'est développé chez une malade en puissance de cette névrose? On observe, chez les hystériques, des perturbations extrêmement variées, que l'on est trop fréquemment disposé à rendre tributaires de l'hystérie, alors qu'il s'agit d'une pure coïncidence. Dans le cas présent, quelques éléments nous manquent pour affirmer la nature hystérique du diabète hydrurique. Il aurait fallu pouvoir modifier l'évolution de ce syndrôme au moyen de la suggestion hypnotique. La malade s'y est refusée. Ce qui nous oblige également à une certaine réserve, c'est le début graduel de la maladie, contrairement à ce qui se passe dans l'hydrurie d'origine alcoolique, qui se montre brusquement à la suite d'excès de table ou de trop copieuses libations; c'est, en outre, la disparition définitive de la polyurie, alors que les autres stigmates de la névrose persistent ou ont reparu après avoir été plus ou moins influencés. Malgré l'étroite parenté qui existe entre la polyurie et l'hystérie, le cas de cette malade offre un certain intérêt, en ce qu'il semblerait montrer assez bien la possibilité d'une évolution indépendante, mais côte à côte, de la polyurie et de l'hystérie.

Ce qui est remarquable, c'est l'activité avec laquelle, sous l'influence du traitement électrique, le mouvement nutritif s'est réveillé chez cette malade qui était arrivée au dernier degré de débilitation. Cet effet, qui n'est point pour surprendre ceux qui sont familiarisés avec l'électrothérapie, est d'ailleurs constant dans tous les états diurétiques héréditaires ou acquis dans lesquels la nutrition se trouve déviée hors de son niveau physiologique.

On ne saurait, d'ailleurs, faire intervenir la suggestion, dans le cas de notre malade, pour interpréter les résultats obtenus, car, pour elle, ainsi que nous l'avons vu, ce mode de traitement n'était point chose nouvelle.

M. Lacaille n'est pas certain qu'il n'y ait pas eu suggestion.

M. Apostoli. Nous ne guérissons pas l'hystérie, mais nous agissons certainement sur les symptômes de l'hystérie et, dans ce sens, l'électricité est souveraine, principalement sous forme d'électricité statique. Pour moi, en raison même de la rapidité de la guérison, je ne mets pas en doute la nature hystérique de cette polyurie.

M. Tripier. Il serait désirable que l'on donnât toujours une description détaillée des diverses manipulations employées dans le cours d'un traitement électrique.

M. Labbé. Il eût été intéressant de rechercher, avant et après le traitement, l'oxyhémoglobine contenue dans le sang de la malade.

M. Grand ne peut se résoudre à invoquer ici la suggestion, car loin de chercher à agir sur l'esprit de sa malade, il s'était, dès le début, montré avec elle fort réservé sur la question du pronostic. De tous les malaises dont elle se plaignait très vivement, l'hydrurie était assurément celui qui la préoccupait le moins. Sa disparition l'avait laissée assez indifférente, car elle n'en avait jamais été sérieusement incommodée; tandis qu'elle se préoccupait, avec inquiétude, de tous les symptômes énumérés plus haut et dont le traitement ne l'avait pas débarrassée. Il avait fallu véritablement découvrir cette polyurie lors du premier interrogatoire; la malade paraissait l'ignorer et l'aurait certainement passée sous silence, si son attention n'avait été appelée sur elle. Est-il dès lors possible d'attribuer à la suggestion la disparition de cette polyurie?

Si on voulait ne la considérer que comme un stigmate de plus, ajouté à tous ceux qui existaient déjà chez la malade, il serait assez difficile de se rendre compte de la disparition définitive de l'un et de la persistance de tous les autres. N'est-il pas plus rationel d'admettre, chez un même sujet, la coexistence de l'hystérie et d'une polyurie simple? J. Grand.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

RUSSIE

M. B. Voïnoff a communiqué à la *Réunion des médecins des Baraques de Botkine*, à Saint-Pétersbourg, les résultats de ses recherches anatomo-pathologiques sur l'**orchite infectieuse dans la scarlatine, la diphtérie, la pneumonie et le typhus exanthématique.** Autant que possible, le rapporteur cherchait à avoir des pièces provenant de sujets, n'ayant eu aucune autre affection que celle qui a amené la mort, mais pour la pneumonie cette condition ne pouvait pas être toujours remplie. Un des testicules était enlevé une ou deux heures après la mort et examiné à l'état frais, l'autre était enlevé le lendemain et mis dans des liquides durcissants.

Dans tous les cas étudiés, l'auteur a trouvé des lésions parenchymateuses, interstitielles et vasculaires dont le degré variait quelque peu suivant l'âge du malade, mais nullement avec la maladie. Ces lésions sont les suivantes:

A l'œil nu, les testicules sont œdématiés, les canalicules se déchirent facilement pendant la dissociation, les vaisseaux sont hyperémiés.

A l'examen microscopique, on voit que les vaisseaux sont dilatés et hyperémiées; l'endothélium vasculaire est souvent atteint de dégénérescence graisseuse. Dans le tissu conjonctif péri-vasculaire et intercanaliculaire, très lâché, on trouve un grand nombre de cellules du tissu conjonctif, des amas d'hématies et des cellules rondes tantôt en amas, tantôt disséminées le long des vaisseaux. Les parois des tubes séminifères sont épaissies, surtout chez les sujets âgés; quant aux cellules qui remplissent les canalicules, elles étaient seulement décollées, mais non dégénérées chez les enfants de quatre ans; chez les sujets âgés de douze ans, on trouvait au début de la dégénérescence granulo-graisseuse et un état trouble des cellules du parenchyme. Les noyaux et les cellules étaient vacuolisées; il y avait enfin des lésions de nécrose de coagulation. Toutes ces lésions étaient au maximum chez l'adulte. A côté de ces lésions de destruction on observe des phénomènes de néoformation (karyokinèse et multiplication cellulaire). Le nombre de spermatozoïdes est considérablement inférieur à la normale; mais leurs mouvements persistaient encore pendant trente-six heures.

A la *Société de médecine de Kieff*, **Mariantschick** fait une communication sur un enfant âgé de douze jours qui présente trois vices de conformation : **hydrocéphalie, spina bifida, pied varus.** La mère est une multipare à son quatrième accouchement, l'enfant se présentait par le siège. Le nouveau-né pèse un peu plus de 2.000 grammes. Les sutures sagittales et frontales sont élargies; dans la région du sacrum et des dernières vertèbres lombaires, se trouve une tumeur de forme sphérique, rougeâtre, ulcérée à la surface. Cette tumeur a augmenté de volume depuis la naissance, mais les ulcérations se sont un peu cicatrisées. La jambe gauche est plus courte que la jambe droite et est tournée en dehors. Les plantes des pieds sont courbées à angle aigu. Il n'y a pas de mouvements dans les orteils. Quant à la tumeur, étant donné sa large base et l'invariabilité des diamètres quand on la change de position, il faut admettre qu'il s'agit là d'une myocèle et non pas d'une méningocèle. L'intervention n'est donc pas indiquée dans ce cas, bien que l'enfant se développe assez bien et augmente de poids.

A la même Société, **Pebrowsky** a montré un malade atteint de **névrite mutiple.** Ce malade s'est présenté à l'hôpital en se plaignant d'une douleur cuisante dans la jambe gauche et de sensations de chaleur et de fourmillement survenant de temps en temps. Le gros orteil de cette jambe a une coloration bleu foncé. Toute la jambe jusqu'à la fesse est plus grosse et plus froide que l'autre, elle présente en outre de l'œdème et un certain degré d'humidité. La sensibilité est perdue sur la plante du pied gauche; elle est diminuée sur la plante du pied droit. Les réflexes cutanés sont exagérés: le réflexe du genou gauche est considérablement diminué. La force musculaire de la jambe gauche est moindre que celle de la jambe droite. Cette diminution est surtout évidente dans les muscles fléchisseurs et extenseurs de la plante du pied. L'excitabilité faradique est diminuée. Il n'y a pas de troubles du côté de la vessie ni du côté du rectum. La pupille est normale. Si l'on fait fermer les yeux au malade, il se tient debout en se balançant légèrement. Il ressent une certaine faiblesse dans les jambes, de la raideur, et est sujet à des vertiges. Il fut atteint de syphilis il y a vingt ans; il est en outre alcoolique, mais il a des enfants bien portants. Ajoutons que ce malade présente une artériosclérose très prononcée et une affection valvulaire. La mortification de l'orteil est-elle le résultat de troubles trophiques ou bien d'une autre cause? Voilà le problème à résoudre. Pebrowsky ne se prononce pas pour le moment.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la **viande crue**, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent **vaincre** leur **répugnance** pour les aliments, aux **Phtisiques**, aux **Anémiques**, aux **Cancéreux**, il réussit constamment.
4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

PEPTO-GAÏACOL JEANNON

Traitement de la TUBERCULOSE et des AFFECTIONS des VOIES RESPIRATOIRES
Antiseptique énergique, nutritif et reconstituant, sans saveur, n'irrite pas la muqueuse stomacale.
Chaque cuillerée à bouche contient : Viande (peptonisée) 20 gr. ; Gaïacol cristallisé, 20 centigrammes ; Chlorhydrophosphate de chaux, 20 centig. — Dose : *2 à 5 cuillerées par jour.*
5 fr. LE FLACON : — E. JEANNON, Phen de 1re classe, 24, Avenue Mac-Mahon, Paris.

LE **RÉGIME LACTÉ** modifié comme suit est toujours bien toléré : **LAIT** *sucré à volonté*, 1 VERRE. **POUDRE de PEPTONE CATILLON**, 1 CUILLERÉE.
Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit très bien les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.
SIROP CROSNIER
MINÉRAL-SULFUREUX
au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON
ADULTES : Une cuillerée à bouche matin et soir, une heure avant ou deux heures après le repas.
..... A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.
Extrait du Rapport officiel de l'**Académie de Médecine** de Paris (7 Août 1877).
PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, *et toutes Pharmacies.*

DRAGÉES DE DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER
Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.
3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES · TUBERCULOSES
CAPSULES COGNET
EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO-CRÉOSOTÉ
ANTISEPTIQUE PULMONAIRE INCOMPARABLE
A COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES

Glycérophosphates

Phosphate vital de Chaux (*Étiquettes roses*) — 1° Sol[on] gazeuse, 2° Granulé, 3° Sirop
Phosphate vital de Fer ou Fer vital (*Étiquettes vertes*) — 1° Sol[on] gazeuse, 2° Granulé, 3° Sirop
Phosphate vital de Soude (*Étiquettes jaunes*) — 1° Sol[on] pr injections hypodermiques (en tubes), 2° Granulé, 3° Sirop
Ces préparations sont unibasiques.

PHOSPHATE VITAL DE JACQUEMAIRE

PHOSPHATE VITAL COMPOSÉ
(Réunion des Glycérophosphates de Chaux, Magnésie, Soude, Potasse et Fer)
Granulé composé .....
Sirop composé .....
Dragées de Fer vital — Glyc. ph[te] de Fer, Rhubarbe, Extrait de Quinquina.
Etiquettes bleues.

Exiger *le Nom de* ***Jacquemaire***
pour éviter les **Contrefaçons** et les **Substitutions.**
En FRANCE et à l'ÉTRANGER
VENTE AU DÉTAIL DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES
VENTE EN GROS CHEZ LES COMMISSIONNAIRES ET DROGUISTES

L. JACQUEMAIRE, *Pharmacien de 1re Classe, à* ***VILLEFRANCHE*** *(Rhône)*